



განაცხადი №

დანართი 3
დამტკიცებულია
ქ. ბათუმის მუნიციპალიტეტის
მერის 2024 წლის ____ იანვრის
№ _____ ბრძანებით

„ახალშობილთა და ბავშვთა განვითარების შეფერხების პრევენცია და რეაბილიტაცია“ ქვეპროგრამის ფარგლებში „აუტიზმის სპექტრის დარღვევის მქონე ბავშვთა რეაბილიტაცია“ გათვალისწინებული მომსახურების მიმწოდებლად რეგისტრაციის თობაზე

დაწესებულების რეკვიზიტები	
დაწესებულების სრული დასახელება	საიდენტიფიკაციო კოდი:
იურიდიული მისამართი	
ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:	მისამართი:
ფაქტობრივი (მომსახურების მიწოდების) მისამართი	
ქალაქი/მუნიციპალიტეტი:	მისამართი:
საკონტაქტო ტელეფონის ნომრები	ელექტრონული ფოსტა
საბანკო რეკვიზიტები	
ბანკის კოდი:	ანგარიშის ნომერი:

დაწესებულების ხელმძღვანელი	
სახელი, გვარი:	პირადი ნომერი:
პირადი ტელეფონის ნომერი (მობილური):	
პირადი ელექტრონული ფოსტა:	

ხელმოწერა

თარიღი (რიცხვი, თვე, წელი)

